Comment se traduit en tabacologie et alcoologie le concept de « RDR »

Réduction des risques liés au tabac ou à l'alcool….
e-cigarette ?
Baclofène ?
Nalméfène ?

Dr Arnaud Plat arnaud.plat@bjn.aphp.fr

Dr Sophie Kalamarides *sophie.kalamarides@bjn.aphp.fr*

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS NORD VAL DE SEINE

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

plan

- Historique du concept de « RdR »
- Les pratiques professionnelles des différents acteurs du champ de l'addictologie
- Quelle «RdR » appliquée au tabac ?
- Réduire le risque alcool

Historique de la « RdR »

- En France : réponse à l'impact du VIH dans la population d'injecteurs dans les 80'S
- Effet : transformer un patient venant demander de l'aide en un usager capable de prendre soin de lui, y compris de son propre comportement addictif
- Politique pragmatique et humaniste, s'inscrivant dans la logique du « prendre soin », privilégiant la protection de leur santé par les usagers eux-mêmes et apportant des outils concrets pour faire évoluer des comportements à risque

Les 5 postulats de base de la RdR

- Une société sans drogues n'existe pas, pas plus que le risque zéro
- Il est nécessaire d'observer et analyser les pratiques et représentations d'une population confrontée à des expériences comportant des risques
- La prise en compte de l'expérience des personnes et le respect de leur capacité à changer
- Les stratégies d'intervention doivent tenir compte de la pluralité des facteurs et de la diversité des modes d'engagement des personnes dans le risque.
- Les pratiques d'usage de drogues évoluent et prennent de nouvelles « tendances »(Costes,2010). La notion de risque est changeante selon les contextes et les moments historiques

Les pratiques professionnelles des différents acteurs du champ de l'addictologie

- « les professionnels ont dû apprendre à penser leur travail pas simplement comme un moyen de soigner, mais de donner à l'usager le moyens de se soigner » Baptiste Cohen (2005)
- Changement de paradigme dans la relation « soignant-soigné », et dans la lecture plus dimensionnelle du comportement addictif et moins catégorielle des différents usages avec une offre de soins graduée et intégrée.

Du sida à l'addictologie: quelle évolution de la « RdR »

- Prévenir le SIDA : la « RdR » de première génération (le kit stéribox)
- Prévention en milieu festif : la « RdR » de deuxième génération (le testing jusqu'en 2004)
- L'extension à toutes les addictions : une « RdR » de troisième génération…selon le profil de dangerosité pharmacologique propre à chaque SPA, définit selon 3 axes : la toxicité somatique, l'intensité des effets psychiques,et le potentiel de risque de dépendance

Comment appliquer la « RdR » pour le tabac ?

- Le tabac a une dangerosité principalement liée à la conjonction de son potentiel toxique somatique et son potentiel addictif.
- La consommation quotidienne de tabac fumé expose l'usager à la toxicité pulmonaire des milliers de substances générées par l'inhalation de la fumée. Les conseils de RdR seront donc centrés sur la réduction de la durée de consommation du tabac fumé et sur l'incitation à utiliser d'autres modes d'usage de nicotine.

Le tabagisme passif : risque pour l'entourage des usagers

- Les méfaits du tabagisme passif ont été moteurs pour établir les règlementations et lois d'interdiction de fumer dans les lieux publics.
- Ce qui a permis un changement du comportement tabagique des fumeurs, les responsabilisant face aux risques qu'ils faisaient encourir à leur entourage et pouvant augmenter leur motivation au changement pour réduire leur consommation.

Le tabac : quelle toxicité ? Quels risques et dommages

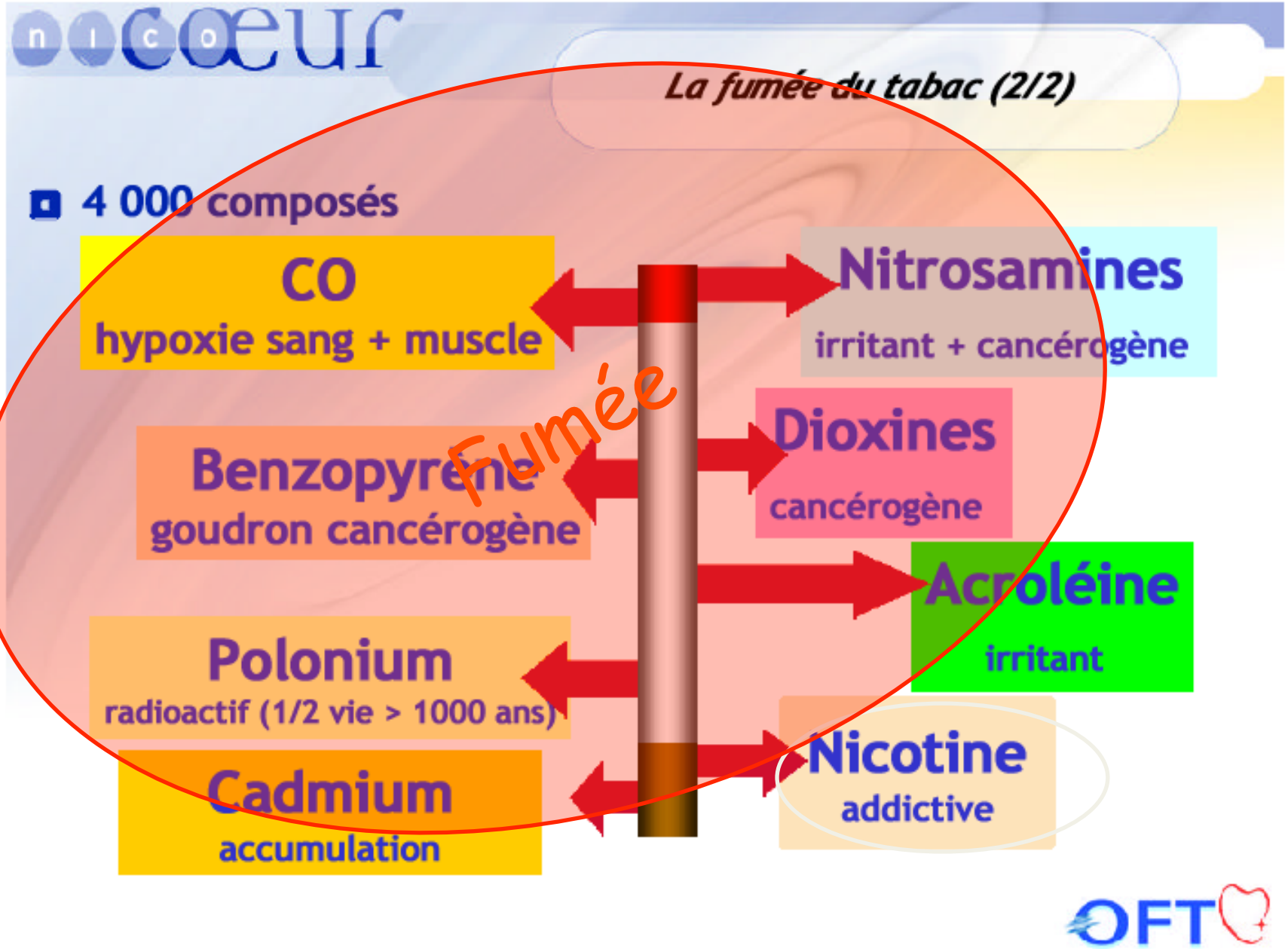
- Rappel : la toxicité provient principalement de la combustion du tabac, donc de la fumée.
- La nicotine est le principal alcaloïde provenant de la plante de tabac, qui se retrouvant dans la fumée, est un des composés addictogènes et responsable du maintien de la dépendance du fait du mode d'administration pulmonaire avec une stimulation rapide des récepteurs cérébraux et des effets positifs renforçateurs.

La fumée de tabac

- Courant primaire : absorbé par le fumeur, il est filtré par la longueur de la cigarette (tabac +/- filtre)

- Courant secondaire : issu de la combustion à l'extrémité de la cigarette
  - le plus chargé en substances toxiques (goudrons : X3/primaire)

- Courant tertiaire : rejeté par le fumeur
  - le moins chargé en substances toxiques


nicoeur
La fumée du tabac (2/2)
4 000 composés
CO
hypoxie sang + muscle
Nitrosamines
irritant + cancérogène
Fumée
Benzopyrène
goudron cancérogène
Dioxines
cancérogène
Acroléine
irritant
Polonium
radioactif (1/2 vie > 1000 ans)
Nicotine
addictive
Cadmium
accumulation
OFT

Composition de la fumée de tabac : phase gazeuse

- Monoxyde de Carbone CO

  Absorption très rapide par voie alvéolaire pulmonaire

  Liaison avec l'hémoglobine pour donner la carboxyhémoglobine

  Situation d'hypoxie par défaut de transport de l'oxygène qui ne peut se fixer correctement à l'hémoglobine

  Toxicité directe sur la cellule, en particulier sur l'endothélium vasculaire, donc sur le système cardiovasculaire

Composition de la fumée de tabac : Phase particulaire : les cancérigènes

- Les hydrocarbures aromatiques (benzopyrène, benzanthracène)
  - Produits de combustion carcinogènes
- Les nitrosamines (ex n-nitrosonornicotine)
- Les métaux lourds (cadmium, polonium, arsenic, chrome…)

Composition de la fumée de tabac : les irritants

- Ce sont : acetaldehyde, formol (co-carcinogènes), acroléine, cétones, phénols…
  - Lésions de l'appareil muco-ciliaire
  - Inhibition des mécanismes de restauration de la muqueuse respiratoire
  - Inhibition des défenses immunitaires

  ➔ Bronchopathies chroniques obstructives (BPCO)

Quels outils validés ?Pour qui ?

- Dans la population de BPCO, les fumeurs qui oscillent entre arrêt et reprise du tabagisme avaient un déclin de la fonction pulmonaire moindre que celui des fumeurs persistants (-63ml/an chez les fumeurs, -34ml/an si arrêt du tabagisme et -44ml/an si arrêt intermittent). **Am J Respir Crit Care Med. 2000 Feb;161(2 Pt 1): 381-90.Smoking cessation and lung function in mild-to-moderate chronic obstructive pulmonary disease. The Lung Health Study.**
- Autre avantage d'une réduction du tabagisme: elle augmente la motivation à arrêter, chez les personnes qui n'ont pas l'intention d'arrêter de fumer.

Les traitements de substitution nicotinique

- Utilisation des TSN (oraux et/ou patchs)pour la réduction de consommation :
  - Pour qui ?
    - Les fumeurs non prêts mais « obligés »
    - Les réducteurs « spontanés »
    - Situations particulières ou temporaires
  - Comment ?
    - Formes orales à la demande, en alternance, ou sur certaines cigarettes
    - 50% de réduction
    - Pas plus de 6 mois
  - Efficacité
    - Mesure du CO
    - Renforcement de la motivation

La réduction avec substituts nicotiniques

- Fumer moins sans compensation, grâce à l'utilisation de substituts nicotiniques
- Le fumeur choisit les cigarettes qu'il fume et, entre temps, utilise des substituts nicotiniques
  - Moins de cigarettes fumées
  - Des cigarettes fumées « normalement »
    - Nicotinémie conservée, avec moins de shoots
    - Moins de fumée inhalée, sans augmentation du CO
    - Réduction globale de l'exposition à la fumée

4 études publiées avec gomme ou inhaleur

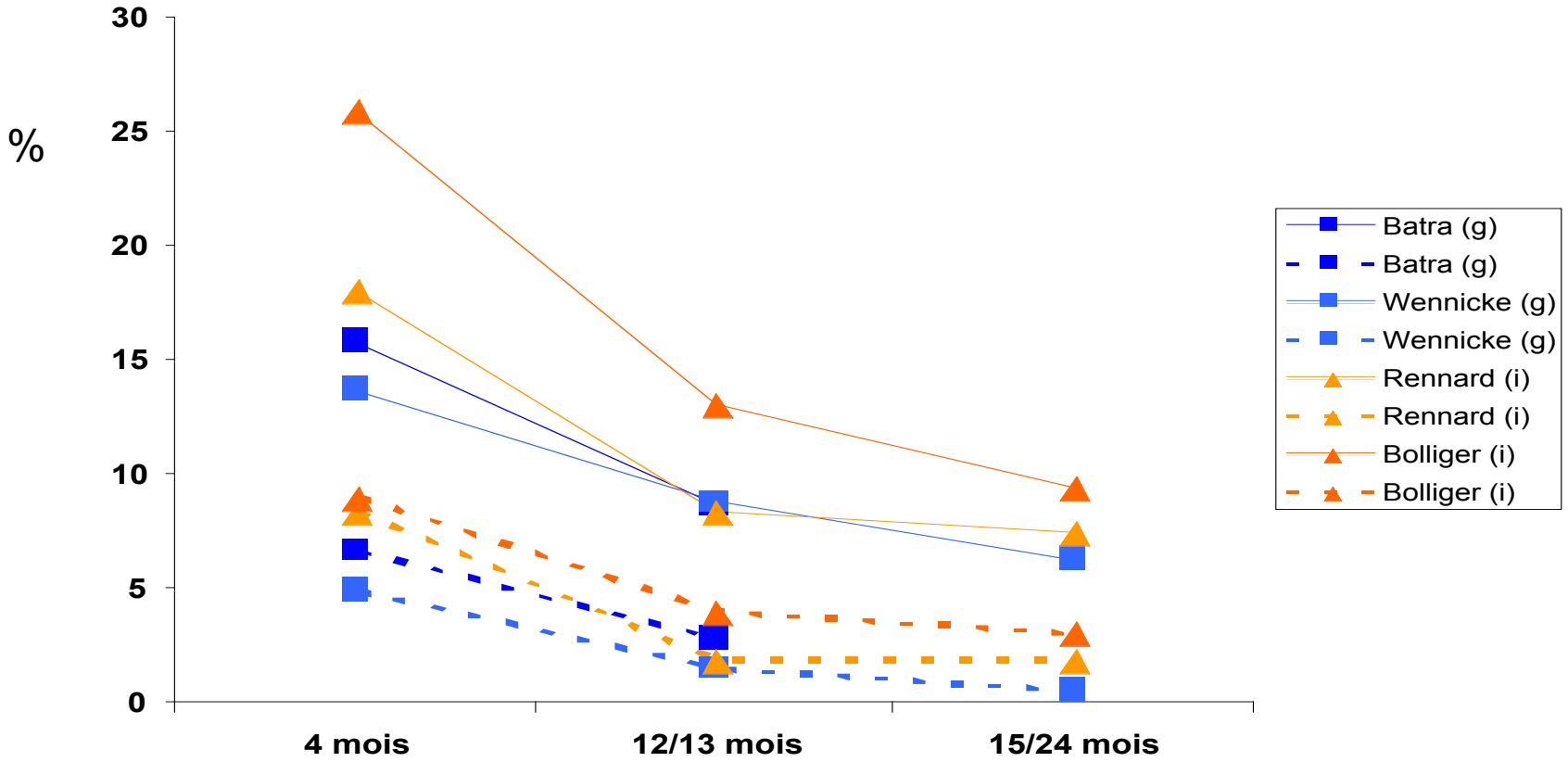
- 1604 fumeurs non prêts à arrêter ou n'en ayant pas envie
  - 829 dans 2 études avec l'inhaleur
  - 775 dans 2 études avec la gomme

- Critères d'admission:
  - 18 ans ou plus, en bonne santé
  - fumant au moins 15 cigarettes par jour
  - fumant régulièrement depuis au moins 3 ans
  - ayant échoué au moins une fois lors d'une tentative d'arrêt
  - ***souhaitant réduire leur consommation***
  - ***incapable d'arrêter, ou ne souhaitant pas arrêter de fumer***

4 études publiées avec gomme ou inhaleur

- **Bolliger CT, Zellweger J-P, Danielsson T, van Biljon X, Robidou A, Westin A, Perruchoud AP, Sawe U.** Smoking reduction with oral nicotine inhalers; double-blind randomised clinical trial of efficacy and safety. BMJ 2000; 321:329-333.
- **Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P.** Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomised, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. Addiction 2003; 98: 1395-1402.
- **Batra A, Klingler K, Landfeldt B, Friederich HM, Westin A, Danielsson T.** Smoking reduction treatment with 4-mg nicotine gum: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Clin Pharmacol Ther, 2005; 78 : 689-696.
- **Rennard SI, Glover ED, Leischow S, Daughton DM, Glover PN, Muramoto M, Franzon M, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A.** Efficacy of the nicotine inhaler in smoking reduction: A double-blind, randomized trial. Nicotine Tob Res, 2006; 8 : 555-564.

Réduction maintenue depuis S6



La réduction du risque tabagique

ERS Research Seminar
"Tobacco Smoking: Harm Reduction Strategies"
June 6 and 7, 2005 – Ferney Voltaire, France

Tobacco Control Committee
ERS Brussels office
Members: John Britton (Chair), Yves Martinet, Paul Vermeire, Antigona Trofor, Jacques Le Houezec, Patricia Haslam, Laurent Nicod, Bill MacNee, Isabella Annesi-Maesano, Christina Gratziou.
Observers: Giovanni Viegi, Archie Turnbull, Pippa Powell, Florence Berteletti, Wolfgang Lange, Margarida Silva, Fiona Godfrey.

EUR
HEALT
Director
C7 - Ris

SCIENTIFIC COMMITTEE ON EMERGING AND NEWLY IDENTIFIED HEALTH RISKS (SCENIHR)

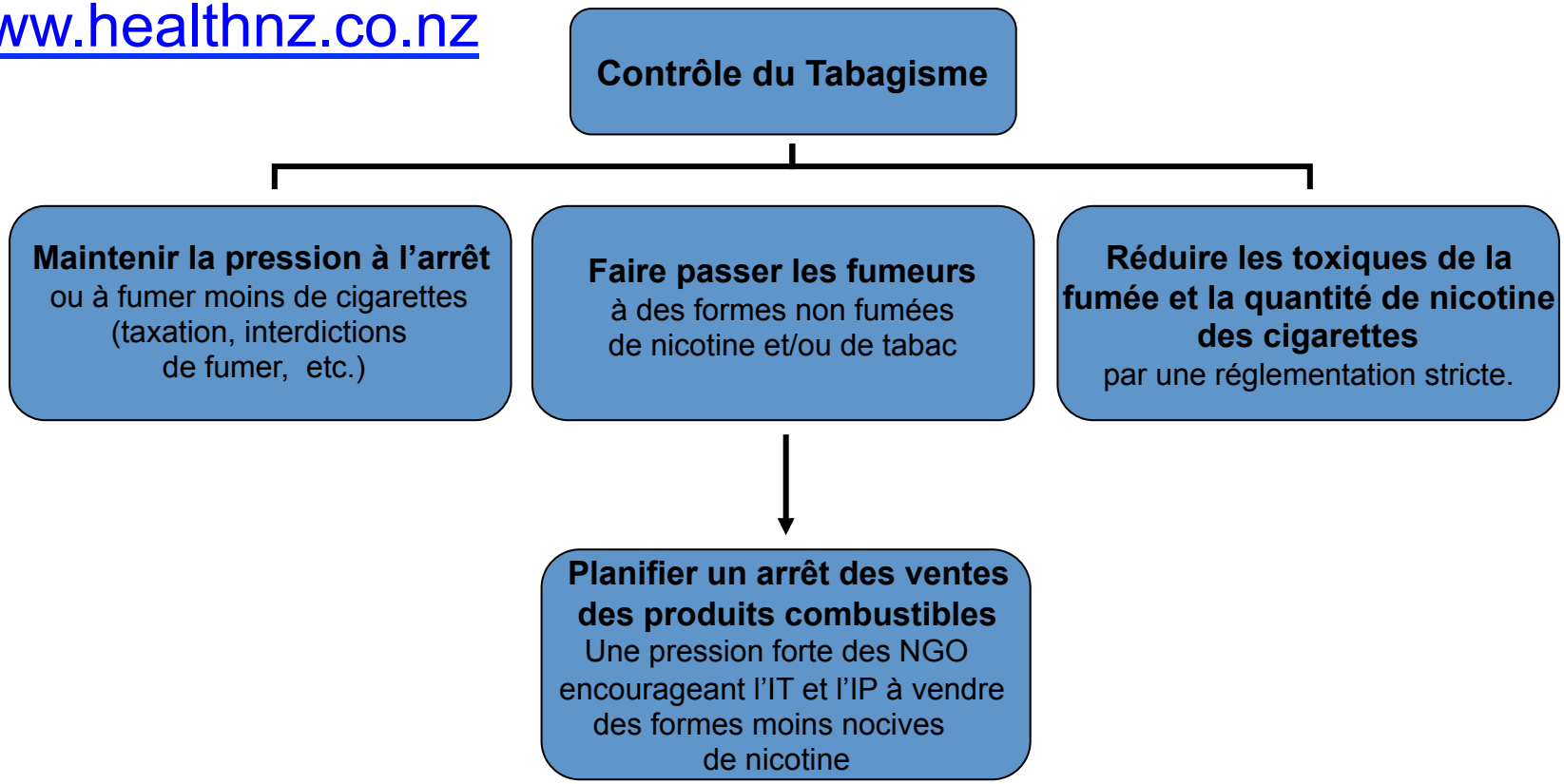
Request for a scientific opinion on

Health Effects of Smokeless Tobacco Products

Attendre la réponse de l'industrie du tabac ?

La réduction du risque: un plan pour le futur (Nouv. Zélande)

Murray Laugesen
www.healthnz.co.nz


Contrôle du Tabagisme
Maintenir la pression à l'arrêt
ou à fumer moins de cigarettes
(taxation, interdictions
de fumer, etc.)
Faire passer les fumeurs
à des formes non fumées
de nicotine et/ou de tabac
Réduire les toxiques de la fumée et la quantité de nicotine des cigarettes
par une réglementation stricte.
Planifier un arrêt des ventes des produits combustibles
Une pression forte des NGO encourageant l'IT et l'IP à vendre des formes moins nocives de nicotine

Les options pour les fumeurs NZ

Tabac à priser

Import et vente légaux:

Prix ?? 2/3 x cigarettes

Addiction +++

Effet rapide 2 minutes

Risque ? 5% x cigarettes

Nicotine pure

Vente légale en NZ

Prix ?? 2/3 x cigarettes

Addiction ? +++

Effet rapide < 5 minutes

Comprimé/spray/sachet

Risque faible

Tabac oral (snus)

Importation postale possible pour usage personnel

2/3 prix des cigarettes

Addiction +++

Effet en 5-15 minutes

Risque ? 5% x cigarettes

Nicotine médicinale

Vente en pharmacies, supermarchés

Prix: 5% à % x cigarettes, dépend si rembourssé

Addiction + /-

Effet en 15 minutes

Risque faible

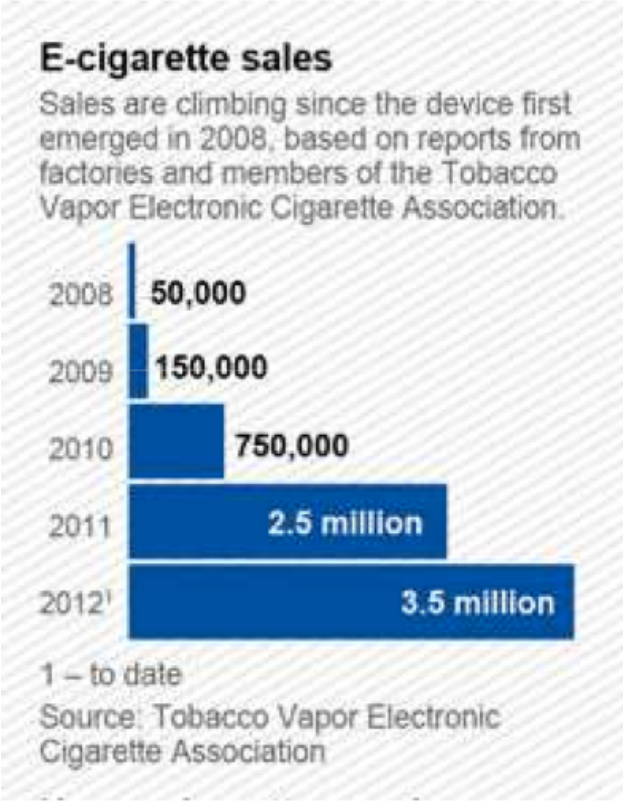
SmokeLess New Zealand's website www.smokeless.org.nz

La e-cigarette: une alternative au tabac ?

- Différents modèles et dispositifs

Caractéristiques

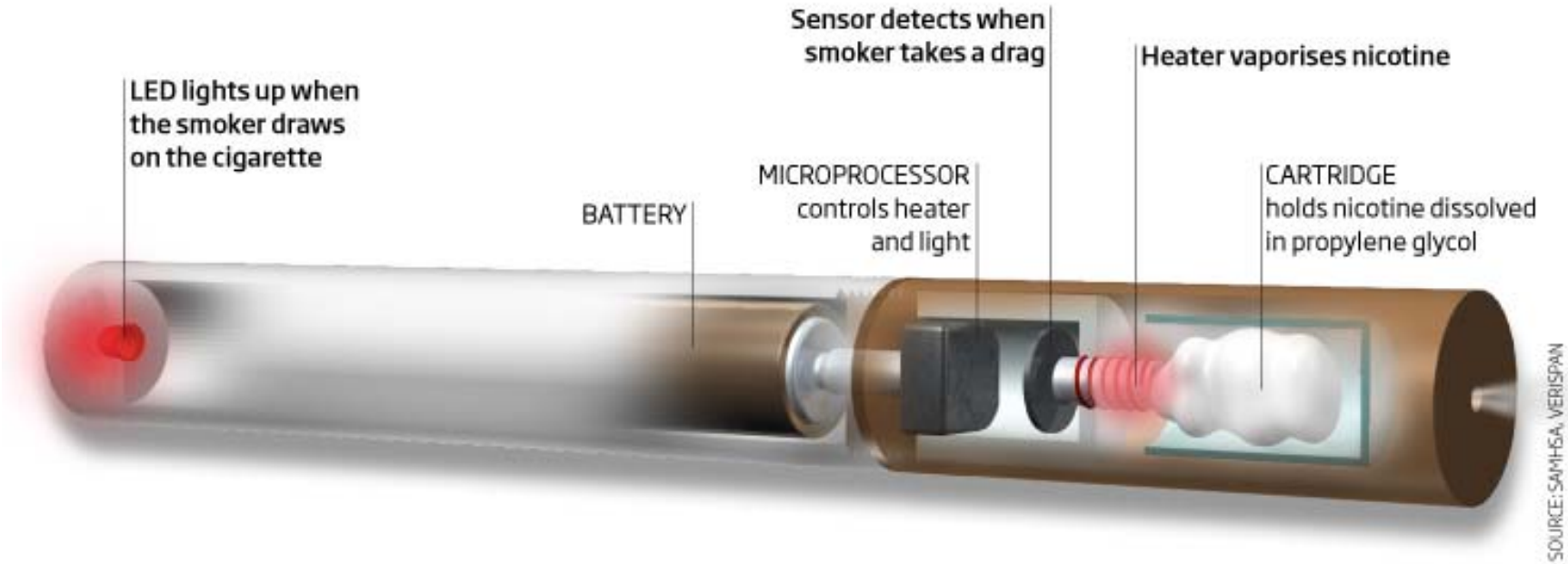
- Inventée en 2003 par Hon Lik, un pharmacien chinois
- Les e-cigarettes ne contiennent pas de tabac, n'émettent pas de fumée
- Vapeur produite par atomiseur, cartouche + pile
- Cartouche / "cartomizer"
  - humectant (propylène glycol, glycérine végétale, ou mélange des 2)
  - nicotine, autres médicaments (Cialis, Rimonabant)
  - arômes (tabac, menthe, fruits, chocolat)
- Reproduit les gestes du fumeur
- Bouteilles de recharge contiennent une quantité léthale de nicotine
- Produit populaire:
  - Recherches sur Google ont augmenté de 5000% en 2 ans
- Peu de recherche publiée
- Placement de produit: par exemple, Johnny Depp - Le touriste
- http://www.youtube.com/watch?v=iMlf5KSp5X4&feature=player_embedded



Un même principe :

Smoke without fire

Suck on an e-cigarette and it produces a cloud of nicotine-carrying vapour with none of the toxic by-products of burning tobacco


LED lights up when the smoker draws on the cigarette
BATTERY
MICROPROCESSOR controls heater and light
Sensor detects when smoker takes a drag
Heater vaporises nicotine
CARTRIDGE holds nicotine dissolved in propylene glycol
SOURCE: SAMHSA, VERISPAN

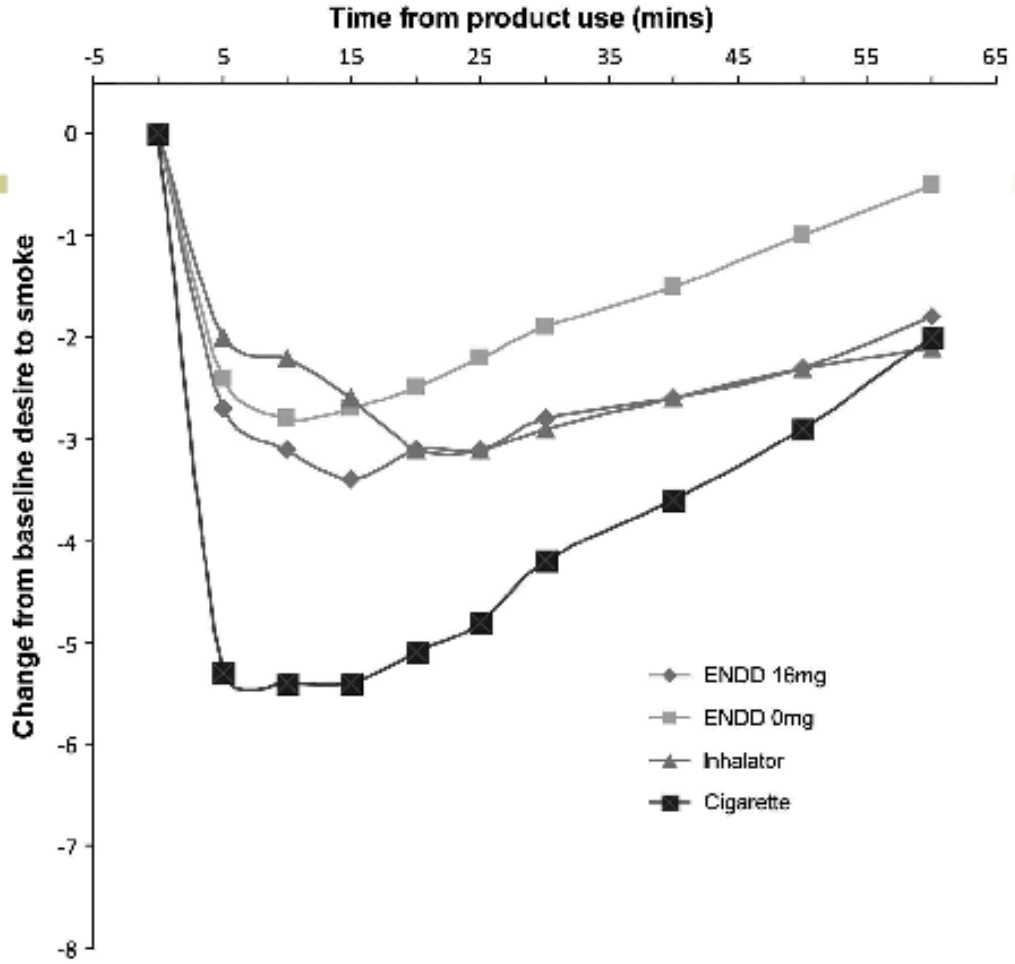
Nicotine (plasma)

- Vansickel et al, *Addiction,* 2012
- 20 fumeurs, inexperimentés avec e-cig pour la plupart
- Séquences de 10 bouffées, 30 minutes entre les séquences
- E-cig délivre dose substantielle de nicotine (plasma)
  - avant: 2.2 ng/ml
  - après: 7.4 ng/ml ($p<.0001$)
- Atténue les symptômes de sevrage du tabac
- Études PK/PD devraient également couvrir d'autres produits dans les e-cigarettes, tester les marques principales, chez utilisateurs expérimentés
- Où les gouttelettes sont-elles déposées, absorbées?

Etude de sécurité

- Japon
- 32 fumeurs de >20 cig. tabac/jour
- Pas de groupe témoin
- E-cig: 150 bouffées/jour pendant 4 semaines
- **Diminution cig./jour**
- Pas de changement dans la pression sanguine, données hématologiques
- Aucun effet indésirable grave
- Traces d'acroléine dans la vapeur
- Miura et al., *Seikatsu Eisei* 2011, 55, 59-64

Change in desire to smoke from baseline over the first hour after each product use.



Bullen C et al. Tobacco Control 2010;19:98-103 – (Random assignment to study groups)

©2010 by BMJ Publishing Group Ltd

TOBACCO CONTROL

Etudes d'efficacité

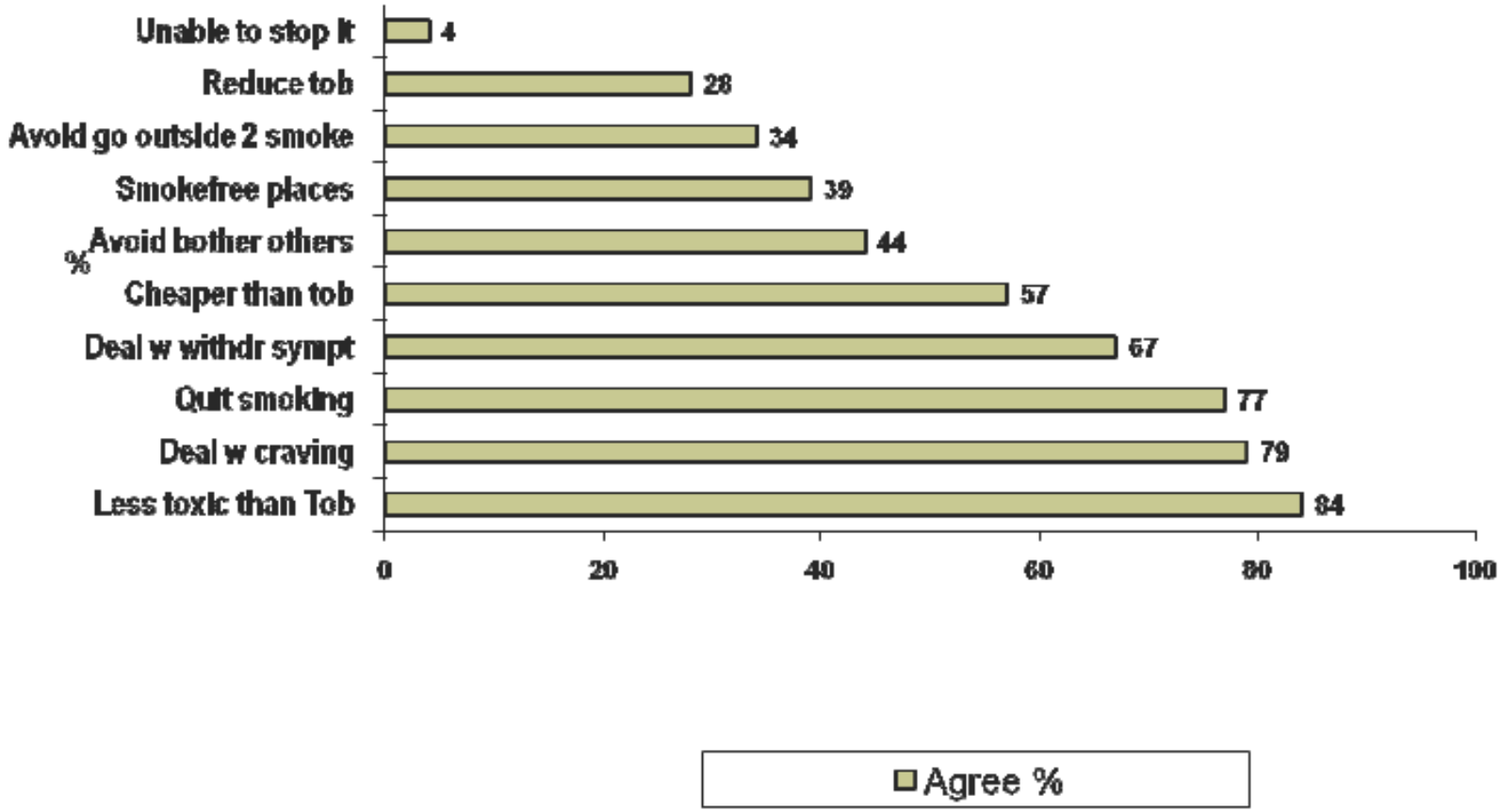
- Plusieurs études d'efficacité (RCT) sont en cours:
  - Italie (R. Polosa)
  - Nouvelle-Zélande (C. Bullen)
  - Etats-Unis: effets sur symptômes de sevrage (M. Goniewicz)
  - Canada (Darredeau)
- Effets à long terme sur la santé? Rechute?
- Utilisation de e-cig pour administrer d'autres médicaments pour les bronches / poumons (antibiotiques, asthme, BPCO)
- Produits évoluent rapidement, les résultats sont rapidement obsolètes

Lancet. 2013 Nov 16;382(9905):1629-37. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61842-5. Epub 2013 Sep 9.

Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial.

Bullen C1, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J, Walker N.

Raisons de l'utilisation



Etter, Addiction. Mai 2011

Conclusion

- Quelle **sécurité** ? Quelle **toxicité**? Quelle **efficacité**? Quelques éléments mais dispositifs ne répondant pas à la même réglementation, car produit de consommation (≠médicament, ≠produit du tabac)
- Besoin urgent de **recherche** :financée par qui?
- Besoin de formation et d'information fiables (perceptions des utilisateurs vs professionnels)
- Besoin d'un cadre réglementaire permettant une évaluation plus fiable en matière de toxicité, de sécurité , et d'efficacité

En pratique

- Des éléments rassurants :
- Une toxicité immédiate moindre que le tabac fumé
  - présence de nitrosamines connues comme étant carcinogènes ne peut constituer un argument recevable : sa concentration est de 500 à 1400 fois moins importante que dans la cigarette. De la même manière, le plomb, le nickel ou le cadmium qu'on a pu identifier, y sont présents en quantités non toxiques *(Une tribune de Sally Satel, psychiatre spécialisée dans l'addictologie et publiée par le Washington Post)*
  - étude britannique, la e-cig délivrerait 2 fois moins de formaldhéhyde, 23 fois moins de toluene, 130 fois moins d'acétaldéhyde, et 30 à 145 fois moins de nitrosamines spécifiques du tabac. Maciej L. Goniewicz, « E-cigarettes : a review of their efficacity and potential form harm reduction »
- Encore des inconnus : toxicité à long terme et efficacité pour arrêter ?
- Une réglementation en cours : interdiction aux mineurs depuis 2014, un arrêté législatif sur l'interdiction dans les lieux publics en cours (saisie du Conseil d'Etat),restriction dans les entreprises possibles si le règlement intérieur le spécifie. (exemples de la RATP, la SNCF, AirFrance, … et la mairie de St Lô (par arrêté) pour les bâtiments rattachés à la municipalité.

Réduire le risque Alcool

Dr Arnaud PLAT

arnaud.plat@bjn.aphp.fr

HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
PARIS NORD VAL DE SEINE

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Liens d'intérêt

- PH

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

- Co-Investigateur essais randomisées sponsorisés

Inserm

D&A PHARMA

Ethypharm
INNOVATIVE DRUG DELIVERY

Institut de cancérologie GUSTAVE ROUSSY
VILLEJUIF - www.igr.fr

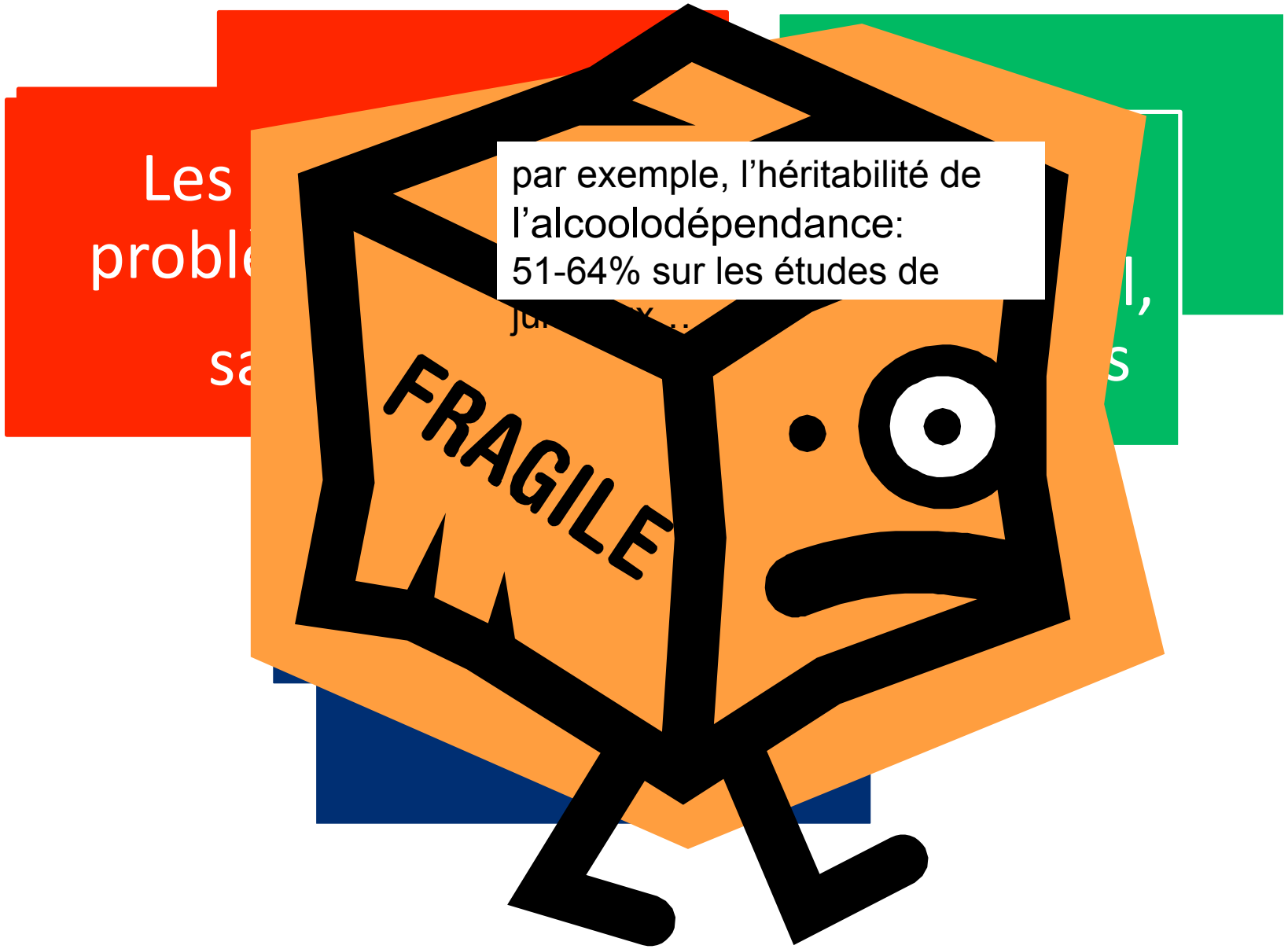
- Formateur

inrs

SPIRALE FORMATION

AFDEM

LE RISQUE ALCOOL



J’ai une **bonne** et une **mauvaise** nouvelle….

A la carte, un travail collaboratif

Prise en compte du contexte,
Représentations sur la santé

Objectif:

vivre mieux en mesurant ses risques

Le risque ALCOOL?

- Car le produit OH est au mieux non nocif et le plus souvent **toxique**
- Car le **risque « alcool »** est très présent chez des patients non dépendants (la plupart des morts de l'alcool ne sont pas dépendants)
- Car il s'agit d'une manière subtile d'envisager d'améliorer la vie d'usagers **sans les stigmatiser comme « alcoolodépendants » ou « candidats à l'abstinence »**
- **Car réduire la consommation c'est possiblement diminuer l'intensité du sd de dépendance chez les AD**

Les effets négatifs d'une consommation ponctuelle (+/- importante)

- IEA ou ivresse: **perte du contrôle social avec désinhibition, persévération, fausseté du jugement, distorsion cognitive, agressivité verbale, physique,**

=>Les risques associés et « non programmés »: chute, rixe, risque sexuel, conduite automobile (il ne s'agit pas obligatoirement d'ivresse), au travail, domestiques++, institutionnel, image qu'on donne de soi, argent…

- Un effet d'attente pas rempli et un sentiment de culpabilité
- Fatigue, descente difficile, gueule de bois, gastrite, tensions familiales

LES PRINCIPAUX EFFETS DE L'ALCOOL

VIOLENCE

OÙ? C'est le cortex qui gère le self-contrôle, la planification et la formation des idées. C'est sur lui que l'alcool va avoir des effets favorisant la violence

AVEC QUELS EFFETS?

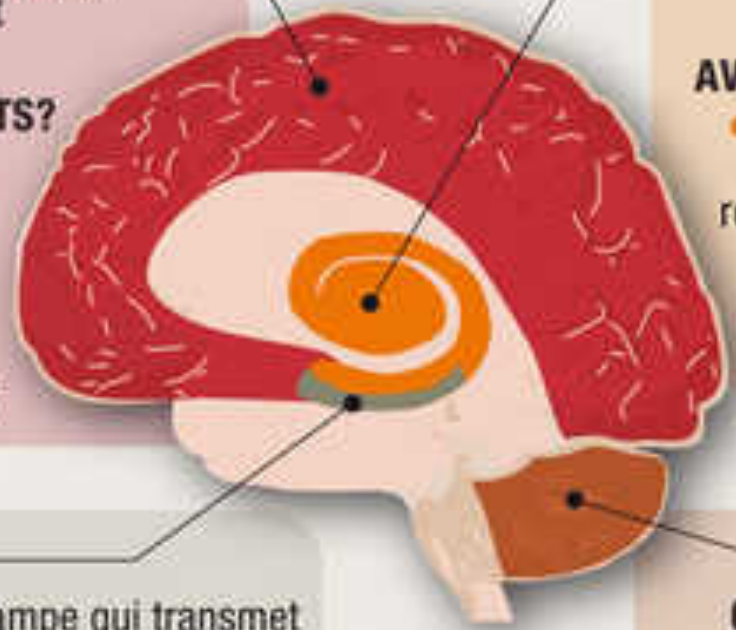
- Désinhibition
- Perte de contrôle au niveau du comportement
- Allongement du temps de réaction

DÉPENDANCE

OÙ? C'est le système limbique qui gère les émotions et dans lequel la dépendance va prendre racine

AVEC QUELS EFFETS?

- Augmentation de la dopamine et renforcement artificiel du système de récompense (voir texte)



MÉMOIRE

OÙ? C'est l'hippocampe qui transmet l'information au cortex, où elle est mémorisée

AVEC QUELS EFFETS?

- Incapacité à se souvenir de ce que l'on a fait

ÉQUILIBRE

OÙ? C'est le cervelet qui coordine les mouvements

AVEC QUELS EFFETS?

- Perte de l'équilibre
- Difficulté à se déplacer

Les effets négatifs de la consommation régulière excessive=>

- Risques somatiques (sys cardio vasculaires, sys digestif, sys nerveux)
- Risques psychiatriques (trouble du sommeil, anxio-dépression, risque suicidaire)
- Risque addictologique (risque de dépendance) dont les manifestations les plus désagréables apparaissent après un délai variable

En pratique

Un inventaire

Des stratégies à trouver/inventer

A suivre

Beaujon

JOURNAL DE BORD

INTÉRÈT ET MODE D'EMPLOI

UN « JOURNAL » POUR QUOI FAIRE ?

L'envie de boire des boissons alcooliques ou les circonstances pour en consommer sont souvent très variables chez un sujet donné et dépendent parfois de différents facteurs comme l'humeur, les gens qui vous entourent, les circonstances de la journée, etc…Le fait de noter quotidiennement ces éléments permet au médecin qui vous aide à mieux vous connaître et ainsi adapter le traitement qui vous est proposé. Cela peut également vous aider à vous « auto-évaluer »

SI JE SUIS ABSTINENT, DOIS-JE LE REMPLIR ?

Pendant la période du sevrage, il est parfois motivant de voir s'accumuler des « zéros » dans la deuxième colonne. Noter son abstinence n'est sûrement pas inutile.

COMMENT CALCULER LE NOMBRE DE « VERRES » ?

Le décompte de la consommation peut se faire en considérant que chacune des boissons contient la même quantité d'alcool pur, c'est-à-dire 10 grammes.

7 cl d'apéritif à 18°	2,5 cl de digestif à 45°	10 cl de champagne à 12°	25 cl de cidre « sec » à 5°	2,5 cl de whisky à 45°	2,5 cl de pastis à 45°	25 cl de bière à 5°	10 cl de vin rouge ou blanc à 12°

Ainsi, on peut additionner un verre de vin, une coupe de champagne, un « demi » de bière et un « baby » de whisky pour ne noter que le total des verres consommés.

QUELLE EST L'ÉQUIVALENCE DES BOUTEILLES ?

1 Bouteille de vin à 12°	8 « verres »
1 bouteille de champagne à 12 °	8 « verres »
1 Bouteille de Whisky (75 cl) à 40°	23 « verres »
1 bouteille de Porto (75 cl) à 20 °	13 « verres »
1 Bouteille de Pastis à 45 °	23 « verres »
1 Cannette de bière 10/10 (33cl)	3 « verres »

1 « Flash » de Whisky	10 « verres »
1 « Flash » de Porto	6 « verres »

1 demi de bière (25 cl) à 5°	1 «verre »

COMMENT ÉVALUER SA PROPRE « ENVIE » ?

L'envie ou le désir de consommer des boissons alcooliques est très variable d'un jour à l'autre et au cours de la journée et il est donc souvent difficile de faire une « moyenne » au cours de la journée. Si votre envie est très variable, noter celle qui a été maximale au cours de votre journée.

QUE METTRE A LA RUBRIQUE « COMMENTAIRES »

Noter les événements majeurs de la journée, notamment ceux qui ont pu influencer votre consommation d'alcool ou votre abstinence.

Date	Nombre de verres	Envie/désir de boire	Heure du 1er verre	Commentaires
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		
		Nulle----------Max		

Eviter la mort « par interrogatoire »…

- Préférer: « une journée type ». *« J'aimerais connaître vos habitudes de consommations et je pense que le plus simple serait que vous me décriviez une journée type. Qu'en pensez vous? »*
  - Avec les médicaments
- Résumer à la fin puis une balance décisionnelle
- « dans votre journée-type, qu'est ce qui vous aimez bien et qu'est ce que vous aimez moins bien? »
- Et susciter le changement: « si vous deviez changer qqchose à votre journée type, qu'est ce que vous changeriez? »

Maîtriser sa consommation en soirée

- **Anticiper:** se fixer des limites dans sa consommation avant de sortir.
- **Compter le nombre de verres** qu'on boit pour ne pas perdre de vue ses objectifs.
- **Manger** pour ralentir le passage de l'alcool dans le sang.
- **Alterner** avec des boissons sans alcool et favoriser des boissons faiblement alcoolisées.
- **Boire lentement** (pas plus d'un verre par heure) pour que l'organisme puisse éliminer progressivement l'alcool.
- Un verre à la fois**: ne pas se resservir avant d'avoir fini son verre.**
- S'en tenir à **un type de boisson alcoolisée**, pour mieux maîtriser la quantité d'alcool ingurgitée. Et **ne pas mélanger** avec d'autres substances psychotropes.
- Se méfier des **boissons alcoolisées très sucrées ou gazeuses**. Le sucre masque le goût de l'alcool et pousse à boire, le gaz accélère le passage de l'alcool dans le sang.
- Se lever, aller se rafraîchir aux WC, danser, se promener: **introduire des pauses** permet de garder le contrôle.
- **Rester à l'écoute de ses sensations et estimer son alcoolémie**

Arrêter/diminuer la consommation

- Boire de l'eau en buvant de l'alcool
- Mettre de la glace supplémentaire dans sa boisson

Manière de consommer

- Éviter les jeux d'alcool
- Eviter de mélanger différents types d'alcool

Graves conséquences négatives

- Désigner un conducteur
- Savoir où se trouve son verre à tous moments

Exemple de réduction des risques associée à l'usage de stratégie de de protection:

- Jeune homme 18 ans, 82 kgs, **consomme en une heure**:

Taux d'alcoolémie estimé: 0.88 gr/l.

- Risques:
  - Nausées, coordination motrice altérée, prise de décision compromise
- Stratégies utilisées:
  - Espacer les consommations/alterner consommations avec et sans alcool: **consomme en 3 heures**

Taux d'alcoolémie estimé: 0.56 gr/l.

Réduire les risques liés à l'ivresse

- ne pas boire
- moins boire
- ne pas mélanger avec
- être ivre mais …
  - réduire la fréquence de l'ivresse
  - Réduire l'importance de l'ivresse
  - Réduire les évènements: argent, sécurité (bus…), le retour au foyer, le lieu de l'ivresse prévenir le centre (gestions)

« j'ai pas envie d'arrêter de boire mais j'aimerais pas me refaire une pancréatite…! »=> actions possibles/ETP

1. Arrêter de boire
2. Diminuer sa consommation d'alcool:
   - Alcool fort=> bière
   - Étaler dans le temps
3. Arrêter de boire dès les premières douleurs
4. Prendre un traitement antalgique dès les premières douleurs (éviter l'alcool « antalgique » et éviter doliprane et à jeun) et un ttt protecteur gastrique
5. Avoir sur soi une ordonnance pour faire un bilan biologique en cas de douleurs
6. Contacter le gastroenterologue pour faire le point
7. Connaitre les services d'urgences les plus proches/informer ses proches des symptômes de la pancréatite

« quand j'arrête de boire, je fais des crises d'épilepsie »

- Quelques stratégies à proposer:
  - En jaune: propositions médicales
  - En vert: propositions médicales et éducatives

ACTIONS	AVANTAGES	INCONVENIENTS
Sevrage résidentiel	Sécurité Accessibilité à des soins plus prolongés	Inconfort Refus du projet=> rupture Refus institutionnel
Sevrage ambulatoire	Confort Autonomie ↑ le sentiment de capacité	Faible sécurité Risque d 'échec Nécessite un ttt
Un traitement de Benzo si pas d'alcool	Évite les crises Améliore la gestion de sa maladie de dépendance	Risque de mésusage Peut rendre les benzo inefficaces
Benzo et alcool	Évite les crises	Idem et risque de malaise
Anti-epileptique et alcool	Évite les crises Peut diminuer les envies	Risque l'hépatite
Vitamines et alcool	Neuroprotection Très bien accepté par les usagers	N'évite pas les crises
Maintenir ALCOOL en continue	Évite les crises Améliore la gestion de sa maladie de dépendance	toxicité
Réduire les complications d'une crise	Informer entourage des gestes d'urgence, aménagement de l'environnement, lieux à risques, vélo…	

Les médicaments « guide de survie en RDR »

- Réduire => prendre des risques
- Réduire => éviter d'en rajouter
- Les traitements sont principalement recommandés pour les usagers **ALCOOLODEPENDANTS!!!**
  - **Acamprosate** (Aotal®)
  - **Naltrexone** (Revia®)**/Nalmefene** (Selincro®)
  - **Baclofene** (Lioresal®)
  - **Disulfiram** (Esperal®)

Baclofène, mode d'emploi

Projet d'abstinence

- Après un sevrage effectif: réduction du risque de rechute
- Consommation active: recherche d'une disparition des envies (« indifférence ») en augmentant progressivement les doses

Projet de réduction de la consommation

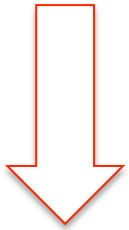
- Après un sevrage
- Consommation active: recherche d'une moindre appétence en augmentant progressivement les doses

Contre indications

- Allergie/intolérance baclofène et/ou excipients
- Co morbidité psychiatrique sévère et/ou non stabilisée
- Épilepsie ou ATCD de crises comitiales
- Maladie de Parkinson
- Insuffisance: foie, rein, cardiaque, pulmonaire sévère
- Porphyrie
- Dépendance à une autre SPA (hors tabac et alcool)
- Grossesse
- Situation sociale rendant le suivi aléatoire

Mode d'emploi

- ½ cp- ½ cp- ½ cp pdt 2-3j
- ½ cp- ½ cp-1 cp pdt 2-3j
- ½ cp- 1 cp- 1 cp pdt 2-3j
- 1 cp- 1 cp- 1 cp pdt 2-3j
- Puis + 1 cp/3j jusqu'à *apparition de l'effet attendu*



- des troubles neuropsychiatriques (sédation, paresthésies, acouphènes, trouble dépressif sévère, comportement suicidaire ou tentative de suicide, syndrome confusionnel, vertiges, étourdissements, troubles de l'équilibre, décompensation maniaque, trouble du sommeil, crises convulsives, syndrome de sevrage),
- fracture, chute, accident de la voie publique,
- des troubles gastro-intestinaux (nausées, diarrhées, vomissements, douleurs abdominales, anorexie, constipation, sécheresse buccale),
- des troubles cutanés (érythème, urticaire, hyperhidrose),
- des troubles musculosquelettiques (hypotonie, myalgie, crampe, contracture),
- troubles rénaux et urinaires (dysurie, pollakiurie, incontinence),
- troubles cardio-vasculaires (hypotension, bradycardie),
- troubles métaboliques (hypertriglycéridémie, effet sur la glycémie, effet sur le poids),
- troubles respiratoires (syndrome d'apnée du sommeil, troubles pulmonaires).

Safari Fichier Édition Présentation Historique Signets Fenêtre Aide mar. 17:06

Baclofène – Documents

https://www.rtubaclofene.org/Documents.aspx

Météo agric... Pleinchamp arnaudplat – Yahoo Mail Bibliographie SMART PubMed SFA – Annuaire Psycom75 Vidal AP-HP Conseil...édecins Revues élec...iques AP-HP

arnaudplat – Yahoo ... | Portail Assistance Pu... | Réseau addicto | Mot de passe oublié | http://www.ema.eur... | Documents | Comment faire une c...

RTU Baclofène

DECLARER UN PATIENT RENTRER UN SUIVI PATIENT DOCUMENTS FAQ MON COMPTE

Connecté(e) en tant que **ARNAUD PLAT**

Documents

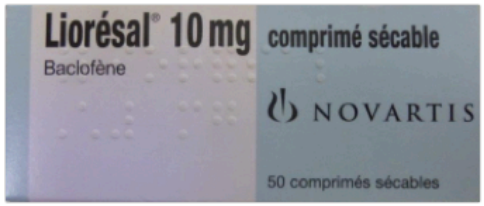
- Protocole
- Présentation du protocole
- Résumé du protocole
- Note d'information patient
- Données à collecter
- Attestation mensuelle de traitement
- Manuel utilisateur

Liens

LIEN VERS LE SITE DE L'ANSM

DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE PAR LE MÉDECIN

DÉCLARATION D'EFFET INDÉSIRABLE PAR LE PATIENT



Pour télécharger le logiciel de visualisation de PDF, cliquez sur **Télécharger**

Safari Fichier Édition Présentation Historique Signets Fenêtre Aide mar. 17:17
Baclofène – Fiche de Suivi
https://www.rtubaclofene.org/FicheDeSuivi.aspx?token=500&mode=1
Météo agric... Pleinchamp arnaudplat – Yahoo Mail Bibliographie SMART PubMed SFA – Annuaire Psycom75 Vidal AP-HP Conseil...édecins Revues élec...iques AP-HP
arnaudplat – Yahoo ... Portail Assistance Pu... Réseau addicto Mot de passe oublié http://www.ema.eur... Fiche de Suivi Comment faire une c...

Le patient est-il toujours sous traitement ? : ☐ Oui ☐ Non

SUIVI DE LA DEPENDANCE

Consommation Déclarée d'Alcool journalière, « CDA » en grammes d'alcool (1), au cours de la semaine précédente :

☐ gramme(s) d'alcool (moyenne journalière)

(1) Unité standard : un verre de vin / bière / apéritif / digestif -> 10 grammes d'alcool pur, environ, voir tableau

Score de Craving : Comment votre patient évalue-t-il son envie de boire dans la semaine précédente ?
(Sélectionner un des nombres ci-dessous)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Jamais **Tout le temps**

BILAN BIOLOGIQUE

Disposez-vous de résultats biologiques ?

☐ Oui ☐ Non

TOLERANCE

Depuis la dernière visite, le patient a-t-il présenté un ou plusieurs des évènements indésirables suivants ?

Évènements indésirables	
Fracture	☐ Oui
Chute	☐ Oui
Accident de la voie publique	☐ Oui
Trouble anxieux sévère	☐ Oui

Nalméfène (Selincro®)

- Proche de la naltrexone (antagoniste opiacés)
- AMM chez AD pour réduire la consommation
- CI: AD sévère avec indication à sevrage et/ou sd de sevrage physique (+ CI habituelles)
- Prescription en « si besoin », 1 à 2 heures avant la prise attendue d'alcool
- Nécessite un suivi régulier
- Mise sur le marché prochainement

- Objectif=> réduction de la consommation
- Résultats:
  - CDA diminuée
  - Nb jours d'alcool
- Effets secondaires:
  - Nausées
  - Vertiges
  - Insomnie
  - Maux de tête
- Contre indications = celle de la naltrexone
- Efficacité => proche de la naltrexone??

Une règle:

Plus le risque reste important,

Plus le suivi/soutien doit être soutenu

Pour conclure:
Faire de la RDR pour l'alcool, c'est:

- Parler d'alcool c'est aussi parler aussi de nos comportements de consommation
- Mesurer des effets dans un délai variable et savoir que ça ne marche pas dès le 1er entretien
- Savoir profiter des opportunités (l'usager ou l'intervenant)
- Rester vigilant sur l' état de santé, les autres SPA, les comportements à risque…

Bibliographie

- http://www.asud.org/
- http://a-f-r.org/
- http://www.alcochoix.ch/index.php
- http://www.culturepub.fr/videos/anti-alcool-bar-fight-vost?hd=1
- Morel A., Couteron JP., Fouilland P. L'Aide-mémoire d'Addictologie, Dunod, Paris, 2010
- Etter JF., La cigarette électronique : une alternative au tabac ? 2012